

# PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich, .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich Folgendes:**

## 1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. **Ja**
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. **Ja**
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist. **Ja**
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. **Ja**
- .....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. **Ja**

## 2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. **Ja**

**3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:**

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden. **Ja**
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen **Ja**

**4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) **Ja**
- Keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung) **Ja**
- .....

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.**

**5. Weitere Wünsche und Festlegungen:**

- Ich wünsche eine **Begleitung**  
durch.....  
durch Seelsorge (Religion bitte angeben)..... **Ja**  **Nein**   
durch Hospizdienst..... **Ja**  **Nein**
- Ich habe einen **Organspendeausweis** erstellt. **Ja**  **Nein**
- Ich habe **in dem Organspendeausweis** meine **Bereitschaft zur Organ-/Gewebspende erklärt**. **Ja**   
Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen erforderlich (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung), die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe, **geht** die von mir erklärte **Bereitschaft zur Organspende vor**. **Ja**   
*oder*  
**gehen** die Aussagen in meiner **Patientenverfügung vor**. **Ja**   
*(Bitte nur eine dieser beiden Alternativen ankreuzen!)*
- Ich habe **in dem Organspendeausweis** einer **Entnahme von Organen oder Geweben widersprochen**. **Ja**
- Ich habe **in dem Organspendeausweis** für die **Entscheidung für oder gegen eine Organ-/Gewebspende eine Vertrauensperson benannt**. **Ja**

- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine **Betreuungsverfügung** erstellt. Ja  Nein
- Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine **Vorsorgevollmacht** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen. Ja  Nein

**Bevollmächtigte(r)**

(rein nachrichtlicher Hinweis, gilt nicht als eigenständige Vollmacht)

..... Name, Vorname .....
..... Adresse .....
..... Telefon, Telefax, Email .....

- **Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von \*Arzt/Ärztin meines Vertrauens:**

Name.....

Anschrift .....

Telefon .....

Datum .....

*Unterschrift der/des Beratenden*

\*(Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben. Fragen Sie den Arzt/die Ärztin Ihres Vertrauens vor der Beratung nach den Kosten.)

**6. Erklärungen:**

- Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.
- Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.
- Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

- Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

Wohnort:.....

Folgende Person(en) soll(en) **ausdrücklich nicht** zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

Wohnort:.....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

## MEINE WERTVORSTELLUNGEN

- Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung –

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

## Erläuterungen zum Formular **PATIENTENVERFÜGUNG**

### **Allgemeines:**

Ärztliche Maßnahmen bedürfen stets der Einwilligung des Patienten. Das gilt auch für ärztliche Entscheidungen am Lebensende. Viele Menschen lehnen eine Lebensverlängerung „um jeden Preis“ in bestimmten Situationen für sich ab. Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer **PATIENTENVERFÜGUNG**. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden. Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt oder einer Ärztin zu besprechen und sie mit einer Vorsorgevollmacht zu verknüpfen. Dabei muss der Inhalt der Patientenverfügung der bevollmächtigten Person bekannt sein.

In Situationen, in denen der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, kann nach Rechtsprechung und ärztlichem Standesrecht der Abbruch einer medizinischen Behandlung zulässig sein. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist jedoch eine entsprechende Willensäußerung des betroffenen Menschen im Vorfeld der Erkrankung.

### **Zu Nummer 1 Punkt 3:**

**Gehirnschädigung:** Dieser Punkt betrifft nur **Gehirnschädigungen** mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zur Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, voll pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In äußerst seltenen Ausnahmefällen finden Wachkoma-Patienten noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Behandlung in ein selbstbestimmtes Leben zurück. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist nicht möglich.

### **Zu Nummer 1 Punkt 4:**

**Hirnabbauprozess:** Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennen die Kranken selbst nahe Angehörige nicht mehr, werden zunehmend pflegebedürftig und sind schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

### **Zu Nummer 2:**

**Lebenszeitverkürzung:** Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend; eher ist das Gegenteil der Fall. Nur in Extremsituationen muss gelegentlich die Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch gewählt werden, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte „indirekte Sterbehilfe“).

**Zu Nummer 3:**

**Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen:** Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Deshalb ist es nicht hilfreich, in einer Patientenverfügung spezielle Maßnahmen, die vielleicht einmal als linderndes Mittel eingesetzt werden könnten, abzulehnen.

**Wiederbelebungsmaßnahmen** sind allerdings in der Regel nie leidensmindernd, sondern dienen naturgemäß der Lebenserhaltung.

**Fragen zu weiteren Maßnahmen** sollten mit einem Arzt oder einer Ärztin besprochen werden.

**Zu Nummer 4:**

Das Stillen von **Hunger- und Durstgefühl** gehört zu den Basismaßnahmen jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt ausnahmslos für Sterbende und mit größter Wahrscheinlichkeit für Patientinnen und Patienten im Wachkoma. Hunger kann nur gestillt werden, wenn er vorhanden ist. Insofern kann in den unter Nummer 1 beschriebenen Zuständen die künstliche Ernährung nur selten als wirklich lindernde Behandlung betrachtet werden.

Das **Durstgefühl** ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden. Aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch kunstgerechte Mundpflege gelindert werden. Umgekehrt kann die Zufuhr zu großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden sogar schädlich sein, weil sie zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

**Zu Nummer 3 und Nummer 4:**

Das Unterlassen der genannten lebenserhaltenden Maßnahmen wird als (rechtlich zulässiger) Behandlungsabbruch bezeichnet.

**Tötung auf Verlangen ist dagegen strafbar und weder ärztlich noch ethisch vertretbar.**